PR. BELKACEM .A.O
CHEF DE SERVICE DE DERMATOLOGIE
CHU DE TIZI OU ZOU

INFECTIONS CUTANEES BACTERIENNES

I) INTRODUCTION :

Ensemble hétérogène d'affections cutanées primitives ou secondaires dues à des germes pyogènes. Classées selon leurs structures cutanées atteintes :

- atteinte de l'épiderme : **IMPETIGO**
- atteinte du follicule pilo-sébacée : **FURONCLE, FOLLICULITE**
- atteinte derme et hypoderme : **ERYSIPELE**

II) IMPETIGO :

A) DEFINITION :

Est une épidermite microbienne, très contagieuse, auto-inoculable et non immunisante.

Due au staphylocoque doré dans 70% des cas, streptocoque β hémolytique du groupe A dans 25% des cas et streptocoque α hémolytique dans 5 % des cas.

Le staphylocoque est parfois associe au streptocoque.

B) ETUDE CLINIQUE :

TDD : IMPETIGO VULGAIRE OU VESICULO CROUTEUX DE L'ENFANT :

Touche l'enfant âgé de 10ans, plus fréquemment en été.

La lésion initiale est une vésiculo-bulle éphémère à contenu clair, flasque, reposant sur une base érythémateuse, quelques heures le contenu se trouble, se transforme en pustule puis le toit se rompt laissant place une érosion suintante qui se recouvre de croutes jaunâtres, méliceriques et adhérentes.

La confluence des lésions réalise des configurations circinées du à la guérison centrale et l'extension en périphérie.

Siege : surtout sur le visage, autour des orifices naturels (bouche et nez) ; cuir chevelu et extrémités des membres (main, pieds et jambes).

Signes associes : •prurit : origine de dissémination des lésions.

•adénopathies satellites fréquentes.

•état général conservé.

C) AUTRES FORMES CLINIQUES :

C.1) IMPETIGO BULLEUX STAPHYLOCOCCIQUE DU NOURISSON :

-Survient par petites épidémies dans les collectivités du nourrisson.

-La transmission du germe se par les mains du personnel soignant.

-Les lésions prédominent aux fesses sous forme de grosses bulles claires qui se rompent donnant un placard exulcéro-crouteux prenant toute la région fessière.

C.2) ECTHYMA : IMPETIGO ULCEREUX :

-Caractérise par des ulcérations nécrotiques recouvertes de croutes noirâtres, entourées d'un halo inflammatoire.

-Siège : membres inferieurs.

-Terrain : diabétiques, dénutries, immunodéprimés et éthyliques.

-D'origine streptococcique.

-La guérison laisse place à une cicatrice.

C3) IMPETIGO DE L'ADULTE : IMPETIGINISATION.

C'est une surinfection staphylococcique ou streptococcique d'une dermatose sous-jacente : scabiose, pédiculose, eczéma etc....

D) DIAGNOSTIC :

Strictement clinique, le prélèvement bactériologique n'est pas indispensable.

E) EVOLUTION/COMPLICATIONS :

L'évolution sous traitement se fait vers la guérison en quelques jours sans cicatrice(sauf pour l'ecthyma), sans traitement des complications apparaissent :

•**Complications septiques** : Lymphangite et septicémie.

•**Glomérulonéphrite aigue post- streptococcique** : 5% des impétigos mal ou non traités se compliquent d'une GNA par dépôt d'immun complexe, d'où l'intérêt de rechercher une protéinurie 3 semaines après un impétigo systématiquement.

•**Syndrome toxinique post - staphylococcique : syndrome de Lyell** :

-Touche le nouveau né et nourrisson et se déroule en3phases

•Phase prodromique dure 1à4jours

•Phase de rash scarlatiniforme

•24heures après apparition de bulles flasques puis exfoliation.

F) TRAITEMENT :

F.1) TRAITEMENT GENERAL :

Choisir un antibiotique antistaph et antistreptococcique pendant 10jours.

-Augmentin : 1.5g/chez l'adulte et 50mg/kg/j chez l'enfant.

-Oxacilline : 2g/j chez l'adulte et 50mg/kg/j chez l'enfant.

-Pristinamycine : 2g/j chez l'adulte et 30à50mg/kg/chez l'enfant.

F.2) TRAITEMENT LOCAL : Il a pour but de limiter l'extension des lésions et la contamination de l'entourage.

•Lavage soigneux et répété des mains, ongles coupés court.

•Eviction scolaire de 7jours.

•Toilette biquotidienne avec une solution antiseptique puis application d'une pommade antibiotique.

III) INFECTIONS FOLLICULAIRES :

Le plus souvent dues au staphylocoque doré.

A) FOLLICULITES :

A.1) FOLLICULITES SUPERFICIELLES :

-papulo-pustules centrées par un poil à base souple.

-siège : visage (sycosis de la barbe), membres, nuque et fesses.

-évolution par poussés.

-le traitement local suffit : hexamidine 2fois par jours associe à une pommade antibiotique.

A.2) FOLLICULITES PROFONDES:

-Nodules rouges, fermes, douloureux et surmontes d'une pustule

-siège : idem pour les folliculites superficielles.

-évolution subaigüe sans évacuation du pus.

-Traitement : traitement local 2fois /jour pendant 8à10jours à base antiseptique et antibiotique. par contre l'antibiothérapie générale anti staphylocoque en cas de lésions profuses.

B) FURONCLE :

B.1) DEFINITION : Folliculite profonde nécrosante, aboutissant à la nécrose du follicule pileux et de ses annexes.

B.2) ASPECT CLINIQUE :

a)FURONCLE ISOLE :

Formation d'un nodule inflammatoire induré, entouré d'un œdème important, centré par une pustule qui s'ouvre en quelques jours laisse sourdre une goutte de pus.

Puis apparait au centre une zone nécrotique, jaunâtre, de consistance pâteuse : c'est le **BOURBILLON** : correspondant à la nécrose de l'appareil pilo-sébacé. le bourbillon s'élimine spontanément laissant place à un véritable cratère.

SIEGE : -région séborrhéique, pileuse (nuque, barbe, aisselles et pubis)

-Zones de frottement (épaules, ceinture et pubis)

- Certaines localisations sont plus douloureuses (mamelons, narines et CAE)

b) FURONCULOSE OU FURONCLES RECIDIVANTS :

Apparition de furoncles multiples à répétitions pendant des mois ou années avec passage à la chronicité.

Facteurs favorisants : obésité, diabète, hyper séborrhée, frottements, défaut d'hygiène, immunodépression et port de vêtements trop serres.

Faut rechercher un foyer staphylococcique : fosses nasales, plis rétro-auriculaires, CAE, plis inter fessiers et ombilic.

B.3) EVOLUTION/COMPLICATIONS :

L'évolution est le plus souvent favorable avec une guérison rapide sous traitement, en absence de traitement des complications peuvent survenir.

1°) ANTHRAX : Est une agglomération de plusieurs furoncles , souvent localises au dos , nuque s'accompagne de fièvre et altération de l'état général.

2°) EXTENSION DE L'INFECTION :

-Abcès, hidrosadénite et lymphangite.

3°) STAPHYLOCOCCIE MALIGNE DE LA FACE :

Survient après manipulation d'un furoncle médio facial, apparition d'un placard Qui peut se compliquer d'une thrombophlébite extensive du sinus caverneux.

B.4) TRAITEMENT :

TRAITEMENT DU FURONCLE ISOLE :

-Localement : ne pas pratiquer de manipulation des lésions.

-Soins locaux antiseptiques : application de compresses imbibées d'hexamidine suivie d'une pommade antibiotique 1/jour.

-L'antibiothérapie générale n'est pas nécessaire et sera prescrite que dans les cas suivants :- furoncle medio facial et multiples.

-anthrax.

-furoncle volumineux.

-diabète et immunodépression.

TRAITEMENT DE LA FURONCULOSE :

•Règles hygiéno-diététiques :

-Lavage fréquent des mains, ongles coupes court.

-Sous vêtements en coton non trop sérés.

-Eviction des sujets en cas de profession avec risque alimentaire (boulangers, pâtissiers, cuisiniers).

•Traitement local :

-application d'un antiseptique et d'une pommade antibiotique.

-prélèvement des gites.

•Traitement général :

Antibiotique anti staphylococcique de longue durée allant de 15jours à 2mois.

IV) ERYSIPELE:

A) DEFINITION/GENERALITES:

L'érysipèle est une dermo-hypodermite aigue bactérienne due le plus souvent au streptocoque β hémolytique du groupe A, exceptionnellement au staphylocoque doré.

Siege dans 80% au membre inferieur, ne confère aucune immunité.

B) FACTEURS FAVORISANTS :

-Porte d'entée : retrouvée dans 75%des cas (intertrigo inter orteils, ulcère de jambe, eczéma érosif, plais opératoire et traumatisme)

-Insuffisance veino- lymphatique,

-Obésité, diabète, insuffisance cardiaque, malnutrition et âge avancé.

C) ETUDE CLINIQUE :

TTD : ERYSIPELE DE LA JAMBE :

•**signes généraux :** débute par un syndrome infectieux avec fievreà39-40°, frissons, AEG.

•**signes cutanés : Grosse jambe rouge aigue fébrile**

La lésion de début est une petite plaque erythèmateuse, cuisante à extension centrifuge réalisant un placard inflammatoire, erythèmateux, œdémateux, rouge vif, chaud, tendu , luisant et douloureux .

Le bourrelet périphérique est parfois retrouvé mais moindre parraport au visage.

Signes associes : -Adénopathies satellites fréquentes.

-Il existe parfois une trainée lymphangitique associée.

D) FORMES CLINIQUES :

D.1) SYMPTOMATIQUES : aspect purpurique, ecchymotique, pustuleux et nécrotique.

D.2) TOPOGRAPHIQUES :

• visage :

- le début est brutal avec fièvre et frisson.

-le placard inflammatoire débute proche de la porte d'entrée : orifices narinaires, plis nasogeniens et retro auriculaires puis s'étend à toute l'hémiface enfin gagne tout le visage prédominant en médio facial et respectant le menton.

-le bourrelet périphérique est net.

-l'œdème peut être très important déformant les lèvres ; oreilles et paupières.

•**autres siège :** rares

-tronc : après intervention chirurgicale.

-abdomen : infections ou intervention chirurgicale.

-membres supérieurs etc....

E) EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Un érysipèle sans gravité locale ou générale ne nécessite aucuns examens complémentaires.

FNS : hyperleucocytose 12000 à PN

VS accélérée 50mm à la 1er heure, CRP élevée.

Ascension des ASLO à 15 jours d'intervalle.

Prélèvement bactériologique : hémocultures, prélèvement au niveau des portes d'entrées ; permettent de confirmer de manière rétrospective et inconstante la nature streptococcique et ne doivent retarder le traitement.

Sans oublier de rechercher systématiquement une protéinurie au début et répétée 15jours afin de ne pas méconnaitre une GNA.

F) DIAGNOSTIC POSITIF : Il est clinique.
-Début par un syndrome infectieux.
-Placard inflammatoire, rouge, chaud, tendu douloureux avec le classique bourrelet périphérique.
-Adénopathies satellites constantes.

G) DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :
G.1) AU NIVEAU DE LA FACE : Il faut discuter.
-SMF, Eczéma de contact, photosensibilité, Zona et dermatomyosite.
G.2) AU NIVEAU DE LA JAMBE :
Dermo-épidermite caustique, phlébite, eczéma de contact, fasceite nécrosante et paniculite.

H) EVOLUTION/COMPLICATIONS :
•**Sous traitement :** guérison en 10jours après une phase desquamative.
•**Sans traitement :** risque de complications

Complications précoces :
-Ulcération dans les formes bulleuses
-Abcès sous cutané, phlegmon.
-Lymphangite.
-Thrombophlébite profonde : favorisée par l'alitement et insuffisance veineuse.
-Fasceite nécrosante : urgence médico-chirurgicale touchant surtout les personnes âgées, immunodéprimées et après prescription AINS.

Complications tardives :
-Erysipèle récidivant, favorise par un lymphoedeme chronique avec troubles trophiques et état éléphantiasique.
-Glomérulonéphrite.

I) TRAITEMENT :
- **Repos stricte au lit** jusqu'a disparition des signes inflammatoires.
- **L'hospitalisation est indiquée en cas :** Fièvre avec confusion, hypotension artérielle, tachycardie, âge avancé, diabète, bulles hémorragiques, zones de nécrose et conditions sociales défavorables.

- **Antibiothérapie en urgence :**
•Pénicilline semi-retard : Biclinocilline 2 MU/J pendant 15jours ou amoxicilline 3 à4 gr/J en 3 prises orales pendant 15jours.
•en cas d'hospitalisation : Peni G 10 à20 MUI en perfusion jusqu'a obtention de l'apyrexie puis relais par voie orale par Peni V 3 à 4 MUI / J pendant 10 jours.
Si allergie aux β lactamines : Pyostacine 2 à 3 gr /J pendant 10 jours.

- Traitement adjuvants :

- Traitement anticoagulants si risque de maladie thrombo-embolique.
- AINS proscrit car risque de fasceite nécrosante.
- Traitement de facteurs favorisants :

•insuffisance veineuse =contention élastique ;

•intertrigo inter orteils = antimycosique.

- Erysipèle récidivant : penicillinotherapie au long court = Extencilline 2.4MUI tous les 21jours pendant 1an.